Aus der Königl. Universitäts-Poliklinik für Ohren-, Nasen- und Hals-Krankheiten zu Breslau. (Prof. Dr. Kümmel.)

Die Urticaria der oberen Luftwege.

Inaugural-Dissertation

welche

nebst den beigefügten Thesen

mit Genehmigung der

hohen medicinischen Fakultät der Königl. Universität Breslau

zur Erlangung der

Doktorwürde in der Medicin, Chirurgie und Geburtshilfe

am Sonnabend, den 22. Dezember 1900,

vormittags 10½ Uhr

in der Aula Leopoldina der Kgl. Universität

öffentlich verteidigen wird

Otto Croce,

Assistenz-Arzt an der chirurg. Abteilung des St. Josephs-Krankenhauses zu Breslau.

Opponenten:

Dr. Gustav Arndt, Assistenzarzt.

Drd. Paul Kinner, Assistenzarzt.

BRESLAU.

Schlesische Volkszeitungs-Buchdruckerei.

1900.

Zum Druck genehmigt auf Antrag des Referenten
Herrn Geh. Med.-Rat Prof Dr. v. Mikulicz-Radecki.

C. Hasse, Prodecan.

Dem Andenken seiner lieben Eltern

in Dankbarkeit gewidmet.

Der Verfasser.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546302_0071

Es ist eine wohlbekannte Thatsache, dass von den Allgemeinerkrankungen, bei denen auf der äusseren Haut Efflorescenzen auftreten, viele z. B. die Exantheme, Scharlach, Variola u. a. auch auf den Schleimhäuten typische Eruptionen verursachen, die manchmal denen an der äusseren Haut ganz gleichartig sind, manchmal aber auch von diesen im Aussehen erheblich abweichen.

Auch von den Dermatosen zeigen manche die Neigung zur Beteiligung der Schleimhäute; bei einigen von diesen ist nun die Erkrankung der äusseren Haut typisch, doch kann diese zufällig in der Nachbarschaft der Schleimhautgrenze lokalisiert sein und per continuitatem auf die Schleimhaut übergreifen. Bei anderen Dermatosen dagegen darf man in ähnlicher Weise, wie bei den oben erwähnten Infektionskrankheiten annehmen, dass es sich um Allgemeinerkrankungen handelt, die sowohl auf der äusseren, wie inneren Körperbedeckung sich lokalisieren.

Bei einigen dieser Erkrankungen kommt es sogar vor, dass die Schleimhäute Efflorescenzen zeigen, während an der äusseren Haut zu der gleichen Zeit eine gleichartige Erkrankung nicht beobachtet wird, wodurch natürlich die Diagnose sehr erschwert werden kann. Unter diejenigen Erkrankungen, bei denen die Beteiligung der Schleimhaut ein relativ seltenes Vorkommnis darstellt, gehört die Urticaria.

„Im Gegensatz zu der Häufigkeit der Urticaria auf der äusseren Haut sind analoge Eruptionen auf der Mundhöhlenschleimhaut nur in wenigen Fällen beobachtet . . . . . Während die Hauteruptionen genau beschrieben sind — mehrfach handelte es sich um Riesenurticaria — finden sich über Schleimhautbilder nur ungenügende Angaben.“ [1])

[1]) v. Mikulicz u. Kümmel. Die Krankheiten der Mundhöhle. Jena 1898. S. 110.

Der Gedanke an eine Urticaria der Schleimhäute, besonders des Kehlkopfes, stammt schon aus den 50er Jahren. Im Jahre 1860 berichtet Trousseau in seiner clinique médicale] von einem Offizier, der an Beklemmungs- und Erstickungsanfällen neben Verdauungsbeschwerden litt, die abwechselnd mit Hautausschlägen auftraten.

Eine genaue Zusammenstellung der Litteratur über diesen Gegenstand bis 1895 hat Delbrel[1]) geliefert. Unter den von ihm gesammelten 23 Fällen der Litteratur befindet sich aber kein einziger, bei dem eine laryngoskopische Untersuchung gemacht wurde. Delbrels eigene beide Fälle sind gleichfalls in dieser Richtung sehr ungenügend bearbeitet; nur ganz kurz ist eine Mitteilung über das Vorkommen von Quaddeln im Kehlkopfe bei dem einen Patienten gegeben.

Die meisten laryngologischen Lehrbücher haben diese Mitteilung Delbrels noch nicht verwertet, sondern schweigen entweder vollständig über Kehlkopf-Urticaria oder wiederholen einfach Löris[2]) Angabe: „Bei Urticaria habe ich wiederholt Quaddeln auf der Schleimhaut des Rachens etc. auftreten sehen. Die Quaddeln kommen auf allen Stellen der Schleimhaut vor: Die Anzahl ist meist eine geringe, sodass sie ausser brennenden Schmerzen und leichten Schlingbeschwerden keine anderen unangenehmen Sensationen hervorrufen. Sind sie zahlreich vorhanden, so dass sie confluiren, so erzeugen sie mehr oder minder hochgradige Dyspnoe, in einzelnen Fällen sogar asthmatische, ja Erstickungsanfälle. Wahrscheinlich ist in den Fällen auch die Schleimhaut der Bronchien angegriffen. Diese Quaddeln kommen nicht nur bei acuter, sondern auch bei chronischer Urticaria vor.

Direkt irreführend ist die Schilderung, die F. Klemperer[3]) von der Urticaria laryngis macht, offenbar nur auf Delbrels Angaben gestützt und unter ausschliesslicher Berücksichtigung der schwersten alarmierendsten Fälle. Schwer zu verstehen

[1]) Jean Pierre Delbrel. L'Urticaire des voies respiratoires (Thèse de Bordeaux).

[2]) E. Löri: Die durch anderweitige Erkrankungen bedingten Veränderungen des Rachens, Kehlkopfes und der Luftröhre.

[3]) F. Klemperer: Die Lokalisation von Hautkrankheiten etc. im Kehlkopfe. Handbuch der Laryngologie und Rhinologie. Herausgegeben von P. Heymann. Bd. II, 2, S. 1300.

ist Klemperers Satz: „Eine Inspection der Schleimhäute selbst ist in keinem Falle gelungen. Die Versuche, den Kehlkopfspiegel einzuführen, steigern die an sich bedrohliche Atemnot noch mehr.“ Dabei hat doch Delbrel immerhin über eine, wenn auch offenbar flüchtige laryngoskopische Untersuchung berichtet.

Neuerdings sind nun einige weitere laryngoskopisch untersuchte Fälle publiziert worden, die zusammen mit anderen Berichten über Urticariaerkrankung des Kehlkopfes zur Vervollständigung von Delbrels Verzeichnis an 25 teils von ihm selbst beobachteten, teils der Litteratur entnommenen Fälle hier wiedergegeben sein mögen.

26. Warner. Brit. med. Journ. 1885 (Referiert in der Zeitschrift für Dermatologie und Syphilis 1885.)

Bei dem Patienten traten zugleich mit Urticaria asthmatische Anfälle auf. Man fand an der Rachenschleimhaut Urticaria - Efflorescenzen, und Verfasser glaubt, dass eine Eruption von Urticaria-Quaddeln auf der Bronchialschleimhaut das Asthma verschuldet habe.

27. King. Zeitschrift für Dermatologie und Syphilis. 1879.

Eine 22jährige Frau litt an Wechselfieber und bekam nach Darreichung von 0,3 Chinin. sulf. starke Schwellung des Gesichtes und des Halses, Dyspnoe, Praecordial-Angst, geschwollene Fauces, Dysphagie, Erstickungsanfälle, Taubheit dilatirte Pupillen, sehr schnellen Puls, Kopfweh, grosse Unruhe, heftiges Jucken über den ganzen Körper mit Urticariaausschlag, dabei subcutanes Oedem. Noch an demselben Tage verschwanden die Erscheinungen und am zweiten trat Desquamation der Epidermis ein.

28. Bock, la clinigne 1890.

Ein 38jähriger Patient sah leicht asphyktisch aus, und atmete mit vieler Mühe, als wenn er ein Glottis-Oedem hätte. Die geschwollene Zunge füllte den ganzen Mund aus, und konnte nicht herausgezogen werden. Ihre Farbe war bläulich, stark glänzend, die Papillen waren verschwunden, ihre Consistenz hart elastisch; abnorme Hitze, Schmerz

oder Brennen fehlten. Die Affektion war ohne Insektenstich von selbst aufgetreten. Seit Jahren litt Patient an Urticaria, besonders nach Muschelgenuss.

29. Forns. Annales des maladies de l'oreille, du larynx et du pharynx. 1897. No. 7.

Vater des Patienten litt an Gicht, bekam Epilepsie und wurde Idiot. Seine Schwester war asthmatisch. Ein Bruder starb an Eklampsie, ein anderer litt an Epilepsie, eine Schwester an Gicht; vier Brüder sind gesund. Patientin ist 33 Jahr, hat infolge von Kinderlähmung eine Atrophie der Beinmuskeln. Ausserdem leidet sie an Rheumatismus, Hysterie und Urticaria, auch hat sie eine rheumatische Pharyngitis durchgemacht, die schnell verschwand. Zwei Monate danach stellten sich Dyspnoe und Husten ein, Ausschlag am ganzen Körper, auch im Gesicht trat in der Nacht auf; dasselbe verschwand am Morgen und wirkte sehr stark entstellend. Laryngoskopisch sah man eine leichte Congestion der Glottis und Oedem des rechten Taschenbandes. Nach einigen Tagen trat ein neuer Anfall auf mit erheblichen Oedem des linken Taschenbandes, wie der Aryknorpel, und der aryepiglottischen Falte, die zusammen einen rötlichen diffusen Tumor bildeten, der durch Eindrücken mit einer Sonde blass wurde. Die Anschwellung verdeckte das linke Stimmband; das vordere Drittel des rechten Stimmbandes war stark injiciert, der übrige Kehlkopf trocken, lebhaft rot gefärbt. Unter Behandlung mit gesättiger Chlornatriumlösung und Pinselung mit 4% Cocain nahm die Schwellung ab, das stark gerötete linke Stimmband wurde sichtbar. Wenig später trat ein schwächerer Anfall auf, der derselben Behandlung wich. Nachher sind keine Larynx-Erscheinungen mehr dagewesen; später traten nur noch heftiger Magenkrampf und Uebelkeiten auf, wie damals, als sich der Hautausschlag zugesellte.

30. N. Freudenthal. Archiv für Laryngologie und Rhinologie. Band IX. 1899, S. 126.

Ein 59jähriger Kaufmann begann über undeutliche Beschwerden am Halse zu klagen. Man fand eine unbedeutend vergrösserte Zungentonsille mit diffuser Rötung auf der

ganzen laryngealen Fläche der Epiglottis und leicht oedematöse Erhabenheiten auf der rechten Seite derselben. Durch 8 Monate bestand das Leiden, nach Aufenthalt auf dem Lande wurde Patient geheilt. Nach 5 Jahren bekam er wieder einen Anfall.

Laryngoskopischer Befund. An der Epiglottis 1—2 herpesähnliche Prominenzen mit oedematöser Umgebung. Bald ist die Epiglottis tief rot gefärbt, bald wieder ganz blass und ohne Bläschen. Als Therapie empfiehlt Verfasser Einspritzungen in den Larynx mit einer 20% Menthallösung in Ocl.

Es dürfte sich verlohnen, an diese nur zum teil sicheren, grösstenteils recht unzuverlässigen Fälle der Litteratur den nachfolgenden in der Breslauer Königl. Universitäts-Poliklinik für Ohren-, Nasen- und Kehlkopfkrankheiten (Professor Dr. Kümmel) eingehend beobachteten Fall genauer mitzuteilen.

31. W. E., Kesselschmied, 39 Jahre alt, stellt sich im Jahre 1896 in der obenerwähnten Poliklinik vor. Vater soll im Leben öfters an Nierenstein gelitten haben und an Magenkrebs gestorben sein. Mutter ist angeblich stets gesund gewesen, und an Hirnschlag gestorben. Die 5 Geschwister des Patienten sind gesund. Patient selbst ist auch stets gesund gewesen, seit 17 Jahren verheiratet.

Die Ehe ist kinderlos. Seit 3 Jahren leidet Patient an Urticaria, die damals in der Nacht plötzlich mit Fieber aufgetreten sein soll, 3 Tage anhielt und nach 3 Tagen Ruhe wieder auftrat, so abwechselnd bis jetzt anhielt. Gleich bei seinem ersten Anfall will Patient heiser gewesen sein und ein Drücken im Kehlkopf verspürt haben. Seinen ersten Anfall schreibt Patient dem Umstand zu, dass er aus dem überhitzten Kesselhause in die Luft hinausging und Wasser trank. Gleich darauf bekam er Magenschmerzen und in derselben Nacht noch den ersten Urticariaausschlag. So will Patient nach jedem Bad sofort Urticaria bekommen. Damals — im Jahre 1894 — begab sich Patient in ärztliche Behandlung. Es wurde die Uvulotomie und die Ablatio tonsill. beiderseits vorgenommen und mit Höllensteinlösung gepinselt.

Im Jahre 1895 war Patient ganz frei von Anfällen. Seit dieser Zeit sind die Anfälle wieder häufig. Bei seiner ersten

Vorstellung in der Poliklinik im Frühjahr 1896 bestand starke Heiserkeit und hochgradiger Pharynx- und Larynx-Catarrh. Nach Pinselung mit Zinc. chlor. trat Besserung ein: die Affection wurde damals noch nicht als Urticaria erkannt. Nach einiger Zeit kam Patient wieder mit Heiserkeit, wobei laryngoskopisch Schwellung der Schleimhaut über dem rechten Aryknorpel, Rötung der Stimmbänder und Parese der Mm. vocales festgestellt wurde. Nach Pinselung mit 5% Argent. nitr.-Lösung und durch Faradisation trat schnelle Heilung ein.

Man wurde damals auf die Beziehung zu der Hautaffection aufmerksam, weshalb der Patient der Königlichen Dermatologischen Klinik zur Untersuchung überwiesen wurde. Daselbst ist folgender Befund festgestellt worden: An der Innenseite des rechten Oberschenkels ein handtellergrosse, hellrötliche quaddelartige Eruption; an der Vorder- und Aussenseite des rechten Oberschenkels fünf kleinere Quaddeln von derselben Farbe, fünfpfennig- bis dreimarkstück-gross. Am rechten Arm im sulcus bicipital. externus und internus mehrere zehnpfennigstückgrosse Quaddeln, die nicht mehr so erhaben sind, wie diejenigen an den Beinen und einen schon mehr gelblicheren Farbenton angenommen haben. Aehnliche Quaddeln sind an der Vorderseite des rechten Vorderarmes. Am linken Vorderarm befindet sich eine ovale Quaddel von 1 : 2 cm Grösse, rosarot in der Mitte, von bläulich-rotem ungefähr 1 mm breitem Hof umgeben. Der Rumpf ist frei. Die Eruption besteht angeblich seit gestern abend. Patient bekam innerlich Acid. arsenic nebst allgemeinen Verhaltungsmasregeln, trotzdem stellte sich nach acht Tagen wieder ein neuer Ausschlag ein, der aber ebenso wie der letzterwähnte bald verging.

Mitte Juli 1896 kam Patient wieder wegen Heiserkeit, und laryngoskopisch ergab sich fleckige Rötung beider Stimmbänder, die an Ausdehnung und Lokalisation wechselte. Anfang August starke Rötung und später blasse, oedematöse Schwellung am linken Aryknorpel. Nachher griff das Oedem auch auf den rechten Aryknorpel über, sodass es die ganze Hinterwand bis zur Glottis einnimmt.

Therapie: Anfang Argent. nitr., dann Chlorzink, Anfangs, in 0,5% allmählig dann in stärkeren 1 bis 3% Lösungen.

Die Oedeme gingen zurück, sodass die Kuppe des Aryknorpels von Oedem frei wurde. Nunmehr sah man in der Mitte der rechten Stimmbandes eine verdickte und dabei blasse Partie, sonst beide Stimmbänder scheckig aussehend. Die beiden Taschenbänder zeigen diese fleckige Rötung noch ausgesprochener.

Am 4. September 1896 kommt Patient wegen starker Schmerzen in der linken Mandelgegend wieder. In der Nacht bestanden heftige Schlingbeschwerden, gegen die Patient Eis nahm, worauf Besserung eintrat. Es war Schwellung der linken plica pharyngoepiglottica vorhanden. Der Kehlkopfbefund ist ziemlich unverändert.

Am 6. September starkes Oedem an der Hinterwand; plica pharyngoepiglottica gleichfalls angeschwollen, eine etwa linsengrosse Anschwellung mit weisslicher Oberfläche an der Vorderwand des linken Aryknorpels; desgleichen Schwellung an der plica interarytaenoidea.

Am 7. September. In der Tiefe der Bucht zwischen plica pharyngo-epiglottica und Zungenwurzel eine blasse, aber ziemlich stark vorspringende Anschwellung von mehr als Erbsengrösse. Die kleine Anschwellung an der Vorderfläche des linken Aryknorpels besteht noch, ist aber gegen gestern etwas abgeschwollen. Keine Schmerzen, Stimme noch recht heiser.

13. September. Heut ist der Zustand des Kehlkopfes besser, speziell was die Stimme anbetrifft; an den Stimmbändern besteht noch eine diffuse fleckige Rötung und Schwellung. Schleimsekretion minimal.

1. Oktober. Neuer Anfall. Am Zungengrund die Follikel sehr stark geschwollen, sie ragen bis an die Epiglottis, Stimmbänder noch gerötet, Taschenbänder geschwollen, mit Schleim bedeckt. Schleimhaut am linken Aryknorpel geschwollen und gerötet. Am linken Stimmband bleibt bei der Phonation der knorplige Teil zurück, sodass hinten ein kleines Dreieck bleibt, entsprechend der Stellung bei Parese der Mm. interarytaenoidei, Entfernung der beiden stark geschwollenen Zungenfollikel, danach Nachlassen des sehr lästigen Druckgefühls beim Schlingen.

18. Oktober. Neuer Anfall. Am Abdomen oberhalb des Nabels, auf beiden Seiten symmetrisch, findet sich ein Komplex von roten Flecken von Zehnpfennig- bis Markstück-Grösse. Dieselben erheben sich nicht über das Niveau der übrigen Haut und blassen bei Druck ab. Gleiche erythematoese Flecke finden sich an der Vorderfläche des Oberschenkels handbreit unterhalb der Inguinalfalte. Ueber den Larynxbefund ist nichts notiert.

19. Oktober. Es findet sich über dem rechten Handgelenk an der Beugeseite ein reichlich Fünfmarkstückgrosser geröteter oedematoeser Hautbezirk. Die übrigen gerötеten Stellen sind verschwunden. Am 20. Oktober werden die in den letzten Tagen wieder stark hervorgetretenen Teile der vergrösserten Zungentonsille entfernt. Die Beschwerden lassen wieder nach.

12. November 1897. Neuer Anfall. An der Vorderfläche des linken Aryknorpels, sowie an den hintersten Enden des Taschen- und wahren Stimmbandes finden sich flach ausgebreitete, tief dunkelrot, fast bläulich aussehende Stellen von etwa Linsengrösse. Der übrige Kehlkopf ist leicht gerötet, die Stimmbänder nicht in besonders hohem Masse. Im Pharynx und an der Zungenbasis nichts besonderes. Die Heiserkeit ist seit gestern entschieden stärker, Beweglichkeit des linken Stimmbandes deutlich vermindert.

13. November 1897. Der rote Fleck am linken hinteren Stimmbandende ist bedeutend abgeblasst, in seinen Contouren nicht mehr so ausgeprägt, an seiner Circumferenz wie ausgefasert und durch eine längs verlaufende Furche in zwei Teile geteilt. Auch am rechten Stimmbande ist eine neue ebensolche verfärbte Stelle aufgetreten, die aber nicht so ausgeprägt ist.

16. November 1897. Die kürzlich konstatierte gerötete, etwas geschwollene Stelle auf der Vorderfläche des linken Aryknorpels ist heut stark verändert. An der Stelle der stark geröteten Verdickung, die sich über dem hinteren Ende des linken Taschen- und Stimmbandes befand, sieht man heut eine blassere, aber dafür stärker geschwollenere Partie von Halberbsengrösse, die etwa $^3/_4$ cm unter und unmittelbar medialwärts von dem linken Santorinischen Knorpel an der Vorderfläche der pars interarytaenoidea liegt.

Pat. blieb noch in der Hautklinik in Behandlung und war frei von Heiserkeit und Ausschlag bis 13. Dezember 1898, an welchem Tage er ohne Ausschlag wieder heiser wurde. Die Affektion schloss sich an einen akuten Schnupfen an. Laryngoskopisch fand man: sehr starke diffuse Rötung und Schwellung der Nasenschleimhaut. Am Pharynx nichts besonderes, nur ganz leichte Trockenheit der hinteren Rachenwand. Im Kehlkopf leichte Rötung am Aryknorpel; sehr starke Rötung an den seitlichen Partien der hinteren Enden beider Stimmbänder, ziemlich symmetrisch. Der Rest der Stimmbänder ist weiss gefärbt. In der Trachea nichts besonderes.

Wenn beim Aufhören der Phonation die beiden Stimmbänder auseinandergehen, hebt sich vor ihrem hinteren Ende am proc. vocal. eine kleine Schleimflocke ab.

Therapie: Tannin-Inhalationen.

29. Dezember 1898. An der hinteren Larynxwand, und zwar auf der Grenze der hinteren Fläche und des linken Aryknorpels eine kleine Anschwellung, deren Basis etwas stärker gerötet, deren Kuppe blasser ist.

7. Februar 1899. Auf Tannin-Glycerin keine wesentliche Besserung konstatierbar. Leichte diffuse Rötung der Stimmbänder. Ein kleines blassgraues Infiltrat hat sich an der Vorderfläche des linken Aryknorpels gebildet. Es ist unscharf begrenzt, halblinsengross, ca. 2 mm dick. Es verschwindet beim Cocainisiren fast vollständig. Abtragung mit der Pieniązek'schen Zange.

13. Februar 1899. In beiden Inguinalgegenden ist je ein markstückgrosser Urticariafleck gestern neu aufgetreten, der aber heut schon wieder verschwunden ist.

5. März 1899. Patient hat, von der linea alba ab beiderseits ungefähr 3 cm. entfernt, in der regio hypochondrica, in der Höhe der 9. Rippe, zwei Flecke, links thalergross, rechts etwa von Fünfmarkstückgrösse. Die Flecke sind livid-rötlich mit einem Stich ins Blaue, die Ränder unregelmässig, die obersten Hautschichten vielleicht ein wenig infiltriert. Im Kehlkopfe sind ebenfalls stärkere Entzündungserscheinungen, die sich durch Oedem der Aryknorpel und starke Rötung der Schleimhaut daselbst kundgeben. Ausser-

dem besteht eine Parese der Mm. vocales und transversi. Die Stimmbänder selbst sind wenig gerötet, auch an den Taschenbändern ist keine stärkere Rötung wahrzunehmen. Die linke Tonsille ist stark gerötet, geschwollen und mit Pfröpfen durchsetzt.

27. Dezember 1899. Neuer Anfall. Patient stellt sich heut wieder vor; er ist die ganze Zeit über wieder heiser gewesen. An den Rachenorganen zahlreiche injicierte Gefässe. Etwas nach rechts von der Mitte an der pars oralis des Pharynx ein kleiner sehnig glänzender weisser Fleck. Die Zunge zeigt weisse Beläge. Beide Stimmbänder sind in den hinteren Partien graurötlich verfärbt. Bei der Phonation überlagert das linke Taschenband das linke Stimmband. Am Körper keine Eruption von Urticaria.

Therapie: ¼ Tanninglycerin.

Seit dieser Zeit hat sich der Patient nicht mehr in der hiesigen Kgl. Universitäts-Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohren-Krankheiten vorgestellt.

Vergleichen wir nun diese einzelnen Krankengeschichten miteinander, so finden wir zwar bei allen eine Erkrankung des Kehlkopfes zugleich mit oder unmittelbar nach oder auch vor dem Auftreten des urticariellen Hautausschlages, doch ob dies nicht vielleicht ein zufälliger Befund ist, ob nicht vielleicht eine beliebige Kehlkopferkrankung neben der Urticaria herläuft, darüber bleiben uns die meisten Berichterstatter einen Beweis schuldig, und so ist es bei einigen direct zweifelhaft, ob die Kehlkopferscheinungen auf urticarieller Basis beruhen. Zu den sicher als Urticaria des Kehlkopfes zu beziehenden Fällen zählen neben dem unsrigen der eine eigene Patient von Delbrel, sowie der von Freudenthal und der von Forns, sowie vielleicht auch die nicht näher berichteten Fälle, die Löri gesehen haben will.

Was für ein klinisches Bild kann man danach entwerfen?

Alle Befunde haben eine plötzlich auftretende Rötung, die Erythem der Schleimhaut im Kehlkopfe und den Fauces gemeinsam, das teils diffuser, teils fleckiger Natur war und von einer leichten Schwellung begleitet wurde. Selbstverständlich lässt sich hier an der roten Schleimhaut des Kehlkopfes nicht so deutlich, wie an der weissen äusseren Haut eine scharfe Begrenzung der Veränderung erkennen.

Der eigentliche charakteristische Vorgang der Quaddelbildung giebt im Kehlkopfe ein recht wesentlich anderes Bild als an der äusseren Haut. Die Abgrenzung der Quaddel ist meist wenig scharf, was ja nicht wunderbar erscheint, da man nur ganz ausnahmsweise die Quaddeln von der Fläche aus betrachten können wird, wie das an der äusseren Haut leicht möglich ist. Im Kehlkopfe gelingt das wohl nur gelegentlich an den wahren Stimmenbändern (s. u.)

In unserem Falle z. B. finden wir die Quaddelbildung zu verschiedenen Zeiten recht verschieden beschrieben; sehr häufig ist einfach von einer Schwellung der Schleimhaut über dem Aryknorpel die Rede, dann im weiteren Verlaufe von einem blassen Oedem an dieser Stelle, dass sich gelentlich über die ganze Hinterwand des Kehlkopfes bis zur Glottis herab ausdehnte. In ähnlicher Weise werden Schwellungen an der plica pharyngo-epiglottica und an der Zungenwurzel (Balgdrüsen) notiert, zu anderen Zeiten finden sich wieder diffuse, anfänglich rote Anschwellungen, die bei Druck mit der Sonde abblassen; im Laufe der Zeit werden diese Anschwellungen von selbst blass, und geben das Bild des einfachen Oedems.

Etwas anders präsentiert sich das Bild an den wahren Stimmbändern. Hier tritt eine Quaddelbildung überhaupt nicht ein, wohl deshalb, weil die straffe Verwebung des submucoesen Gewebes mit den elastischen Fasern des Stimmbandes eine oedematoese Anschwellung hier fast unmöglich macht[1]).

Dagegen tritt am wahren Stimmbande die Rötung in viel intensiverer Weise und scharf begrenzt hervor; so sind einmal „flach ausgebreitet, tief dunkelrot, fast bläulich aussehende Stellen von etwa Linsengrösse“ notiert, am folgenden Tage heisst es: „der rote Fleck. . . . ist bedeutend abgeblasst, in seinen Contouren nicht mehr so ausgeprägt, an seiner Circumferenz ausgefasert und durch eine längsverlaufende Furche in zwei Teile geteilt.“

Auffällig ist es, dass die lymphatischen Apparate, sowohl die verschiedenen Tonsillen, als auch die Lymphfollikel an

[1]) vergl. Hajek, anatomische Untersuchungen über Larynxoedem Archiv für klin. Chirurgie Bd. 42.

der hinteren Rachenwand häufig in Mitleidenschaft gezogen sind, während man doch bei der Urticaria der äusseren Haut eine Schwellung der zugehörigen Lymphdrüsen zumeist nicht findet. Auch weicht der Verlauf der Erkrankung im Kehlkopf noch insofern von dem an der äusseren Haut ab, als die Quaddelbildung nicht sofort nach dem Auftreten des Erythems erfolgt, sondern erst am nächsten Tage oder noch später, nach einer Zeit, wo die Hautaffektion längst abgelaufen zu sein pflegt. Nur einige Male traten, besonders in den schweren Anfällen schon nach wenigen Stunden die Quaddeln im Kehlkopf auf und waren dann auch sehr ausgebreitet.

Die Quaddeln pflegen ebenso schnell oder langsam, wie sie auftreten, wieder zu verschwinden. Ja öfters sind die Erscheinungen im Kehlkopf noch nicht gewichen, während an der Haut schon wieder neue Urticaria-Eruptionen auftreten, im Gefolge derer sich dann eventuell auch die Kehlkopfaffektion verschlimmert. Die Kehlkopferkrankung kann aber auch, ohne dass neue Hauteruptionen auftreten, bestehen bleiben. So blieb in unserem Falle die Kehlkopfaffektion einmal (1897) über ein Jahr lang ohne neue Hauterscheinungen bestehen; nur im Kehlkopf selbst machten sich immer neue Schübe bemerkbar.

Wir sehen hieraus, dass die Diagnose der Urticaria im Kehlkopf nicht leicht, ja dass sie bei der ersten Vorstellung des Patienten überhaupt kaum zu stellen sein wird, falls nicht zufällig die Hauteruption gleichzeitig besteht oder vom Patienten über sie berichtet wird. Anderenfalls wird man erst durch längeres Beobachten, wenn sich die Quaddeln im Kehlkopf eingefunden haben, oder man die Hauturticaria entdeckt, auf den Zusammenhang der Erkrankung der Haut mit der des Kehlkopfes verfallen.

Differential-diagnostisch wird sich im Anfang die urticarielle Erkrankung des Kehlkopfes von einer Laryngitis acuta kaum unterscheiden lassen, bis man eben die Quaddelbildung konstatiert. Verdächtig muss einem ja von vornherein das wechselvolle Bild sein, wenn sich heute hier, morgen da eine Rötung oder Schwellung vorfindet, diese ganz verschwindet, um dann plötzlich wieder an derselben oder an anderer Stelle aufzutreten. Noch schwieriger kann

die Unterscheidung vom angioneurotischen Oedem sein. Hier wird sich die Diagnose nur sichern lassen, wenn die Veränderungen auf der Haut deutlich hervortreten, wie dies zum Beispiel der Fall war in dem von Strübing[1]) mitgeteilten Falle, den ich hier zum Vergleiche hinstellen möchte. Bei Strübings Patienten stellten sich nach Einwirkung einer Erkältung, wenn Patient zum Beispiel bei erhitztem Körper der Zugluft sich aussetzte, dann bisweilen nach Genuss sehr heisser oder sehr kalter Nahrung, oft aber auch ohne nachweisbare Veranlassung zuerst Schmerzen beim Schlucken ein. Bei der Inspection fand man in diesem Stadium eine Rötung der Rachenschleimhaut, namentlich der Gaumenbögen und Uvula. Sehr bald trat Schwellung ein, sodass die Uvula bis taubeneigross wurde und auf den Zungenrücken niederhing. Nach Eintritt des Oedems verlor die Schleimhaut die Farbe, wurde blass, bekam ein glasiges, durchschimmerndes Aussehen. Gleichzeitig bestand laryngeale Dyspnoe. Laryngoskopisch sah man, dass die Rötung, den Gaumenbögen folgend, nach unten auf Epiglottis, aryepiglottische Falte und Taschenbänder ging. Der Hyperämie folgte auch im Larynx bald Oedem bei blasser Schleimhaut. Die Entwickelungszeit dauerte 2—3 Stunden, oft auch verging nur ½ Stunde, bis die Dyspnoe zur Orthopnoe sich steigerte. Alsbald trat Oedem des Gesichts und des Thorax auf, die Haut bekam ein blasses, wachsartiges Aussehen, schwoll an wie bei Anasarca, war nicht schmerzhaft, nur ein Spannungsgefühl war vorhanden. Manchmal traten die Erscheinungen zuerst im Gesicht, dann im Kehlkopfe auf, bei anderen Beobachtungen stellte sich Erbrechen ein.

Der lokale Befund in den Fauces dürfte bei den schweren Formen der Kehlkopf-Urticaria (vgl. Fall 29 von Forns) recht ähnlich den eben wiedergegebenen sein.

Eine eigentümliche Abart des klinischen Bildes der Urticaria an der äusseren Haut stellt die Urticaria scriptoria oder factitia dar: eine besondere Empfindlichkeit der äusseren Haut bewirkt, dass ein mässiger Druck alsbald Quaddelbildung nach sich zieht, so dass man gewissermassen auf der äusseren Haut schreiben kann. Ein Pendant im Kehlkopfe zu dieser

[1]) Strübing, Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc. 20. Jahrgang, S. 314.

Erkrankung an der Haut stellt vielleicht der von Merk[1]) beschriebene Fall dar.

32. Ein gesunder, kräftiger Mann erkrankte häufig an Schlingbeschwerden, die durch Schwellung des weichen Gaumes bedingt waren und nach einigen Stunden wieder verschwanden. Es bestand leicht auszulösende Urticaria scriptoria. Patient selbst war sehr nervös. Gelegentlich entstand eine schwere Erkrankung mit Schwellung der Taschenbänder und dadurch bedingte Atemnot infolge des Einspiessens einer Gräte in die Rachenschleimhaut. Unter Bromkali-Darreichung und hydrotherapeutischer Massnahmen trat Besserung ein. — Allerdings ist es nicht ganz sicher, ob in dem Falle die Schwellung nicht einfach entzündlicher, infektiöser Natur war.

In vielen Fällen, namentlich in den schwereren, scheint sich die Urticaria oder eine ähnliche Schleimhauterkrankung nicht auf die Schleimhaut des Rachens und des Kehlkopfes zu beschränken, sondern auch die Trachea und die Bronchien mitzubetreffen. Man hat von jeher die asthmatischen Beschwerden bei Urticaria-Anfällen durch diese Annahme zu erklären gesucht und eine ganze Reihe solcher Fälle sind bei Delbrel berichtet, auf dessen Mitteilung hier verwiesen sei.

In unserm Falle traten solche Erscheinungen nicht auf, mehrfach wurde vielmehr konstatiert, dass in der Trachea nichts Abnormes vorhanden war. Dagegen war einmal auffallend, dass ein Urticaria-Schub (13. 12. 98.) sich an einen acuten Schnupfen anschloss. Es wurde damals „sehr starke diffuse Rötung und Schwellung der Nasenschleimhaut“ konstatiert. Ob wir es hier mit einer urticariellen Affektion zu thun haben, ist natürlich zweifelhaft, die Möglichkeit eines Zusammenhanges ist aber wohl vorhanden.

Prognostisch sind die Fälle von Urticaria des Kehlkopfes bezüglich der Lebensgefahr als günstig hinzustellen, obwohl in einigen Fällen die Erstickungsgefahr so gross wurde, dass man schon an die Tracheotomie dachte. So war z. B. in den Fällen 8 und 16 von Delbrel eine ganz enorme Dyspnoe vorhanden, und auch in unserem Falle

[1]) Merk. Münchener med. Wochenschrift Nr. 36. 1899.

trat einmal in der Nacht heftige Atemnot auf, die aber, durch Schlucken von Eisstückchen wieder zurückging. Man wird also den Fällen der Kehlkopf-Urticaria eine gewisse Aufmerksamkeit zukommen lassen, namentlich die Patienten darauf hinweisen müssen, dass starke Dyspnoe in einem Anfalle entstehen kann; es wird auch zweckmässig sein, sie zu belehren, was sie in diesen Fällen thun können (s. u.) Thatsächliche üble Ausgänge, sei es ein exitus letalis, oder dauernde ernsthafte Folgen irgend welcher Art, sind von keinem Autor gesehen. Was die Prognose bezüglich der Heilung anbetrifft, so ist diese als zweifelhaft zu stellen, da nach jahrelangen Ruhepausen plötzlich wieder ein Rückfall eintreten kann, der, wie z. B. in unserem Falle sehr hartnäckig lange anhält. Die meisten Patienten dürften jedenfalls, wenn sie nicht durch Vermeidung der ihnen als schädlich bekannten Ursachen (Getränke, Speisen etc.) den Anfällen vorbeugen können, jahrelang an der Erkrankung laborieren.

Therapeutisch ist von der medikamentösen Behandlung wenig zu erwarten. Man empfiehlt Arsen: unser Patient hat trotz lange Zeit hindurch gebrauchten Arsens wiederholt Recidive gehabt. In den Fällen schwerer Dyspnoe wird höchst wahrscheinlich das Morphium ebenso dankenswerte Resultate geben, wie bei den verwandten angioneurotischen Oedem und anderen vorübergehenden schweren Atembeschwerden. Sonst pflegt man eine allgemeine roborierende und diätetische Behandlung zu verlangen. Die meisten Patienten mit Urticaria sind ja neuropathisch belastet, oft selbst Neurostheniker oder Hysteriker, sodass eine gegen diese krankhafte Disposition gerichtete Behandlung sehr am Platze erscheint. Vor allem aber ist die Ursache ausfindig zu machen, welche bei dem Patienten den Ausbruch der Krankheit hervorruft, und diese muss natürlich dann ängstlich vermieden werden.

Als lokale Therapie haben sich verschiedene Mittel ganz gut bewährt. Im Beginne des Anfalles dürfte es sich empfehlen, mit der Applikation irritierender oder stark adstringierender Substanzen vorsichtig zu sein; man wird höchstens Mittel verwenden, die die Blutfüllung der Schleimhaut beschränken, wie Cocain, Menthol, Tannin etc. In

späteren Stadien, wenn die Rückbildung der Quaddeln sich verzögert, können stärkere Adstringentien am Platze sein, z. B. Zinc. chlorat., Argent. nitr. u. dergl. Wenn in unserem Falle mehrfach geschwollene Schleimhautstückchen exstirpiert wurden, so geschah dies, weil ihre Rückbildung gar zu lange auf sich warten liess, von ihnen lebhafte Beschwerden ausgingen, und der Patient auf irgend eine Weise von diesen Beschwerden befreit zu werden verlangte.

Was nun die Häufigkeit der Urticaria im Kehlkopf anbelangt, so ist nach den bisher bekannten Fällen die Annahme berechtigt, dass sie selten ist; doch glaube ich, dass manche Fälle übersehen werden und unter einer falschen Diagnose, besonders unter der der recidivierenden Laryngitis, laufen, weil der behandelnde Arzt an den Zusammenhang der Erkrankung des Kehlkopfes und der Haut nicht denkt oder der Patient über den Hautausschlag nicht berichtet, sei es dass er ihn nicht beachtet oder ihn als zufällige Nebenerkrankung ansieht und ihn deshalb eventuell dem Dermatologen, nicht aber dem Laryngologen oder Rhinologen präsentiert.

Es dürfte sich daher wohl lohnen, bei ähnlichen Kehlkopfbefunden, wie wir sie beschrieben haben, an eine Urticaria zu denken, auf den Zusammenhang mit der Hauterkrankung zu fahnden und durch die Publikation der sicher gestellten Fälle das immerhin noch schwankende Bild des Kehlkopfbefundes bei Urticaria möglichst klar zu gestalten.

Am Ende meiner Arbeit sei es mir noch gestattet, Herrn Prof. Kümmel, der mir Anregung, Material und bereitwilligsten Beistand in Rat und That zu jeder Zeit gewährt hat, meinen herzlichsten Dank auszusprechen.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, Otto Croce, katholischer Konfession, wurde am 17. Juni 1874 als Sohn des jetzt verstorbenen Rittersgutsbesitzers und Landesältesten Anton Croce auf Johnsdorf, Kr. Grottkau, geboren. Nach Absolvierung des Königl. kathol. St. Matthias-Gymnasiums zu Breslau, welches er 1894 mit dem Zeugnis der Reife verliess, widmete er sich dem Studium der Medicin in Breslau. Im Jahre 1896 bestand er das Tantamen physicum, im März 1899 beendete er die medizinische Staatsprüfung und bestand in demselben Monat das Examen rigorosum. Darauf war er ein halbes Jahr als Volontärassistent an der chirurg. Abteilung des Konvent-Hospitals der Barmherzigen Brüder zu Breslau thätig, von da ab befand er sich als Assistent an der chirurg. Abteilung des St. Josephs-Krankenhauses zu Breslau.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen und Kurse folgender Herrn Professoren und Docenten:

Axenfeld, Born †, F. Cohn †, Chun, Czerny, Filehne, Flügge, Fränkel, Groenouw, Hasse, Heidenhain †, Henke, Henle, Hürthle, Kast, Kaufmann, Keilmann, Kionka, Kümmel, Küstner, Lesser, Ladenburg, O. E. Meyer, Mann, v. Mikulicz-Radecki, Neisser, Partsch, Pfannenstiel, Ponfick, Schaeffer, Stern, Tietze, Uhthoff, Weintraud, Wernicke,

denen hiermit der herzlichste Dank ausgesprochen sei.

Thesen.

1. Bei einer chronisch recidivierenden Laryngitis ist stets an Urticaria zu denken.
2. Bei acuten gonorrhoischen Ergüssen in Gelenke ist die Punction mit nachfolgender Injection von Jodtinktur zu empfehlen.
3. Die Behandlung des Erysipels mit inperspirablen Stoffen ist zu empfehlen.